

医師の心身の健康対策と効果

—欧米での取り組みを中心に—

修士課程 2年 井原 祐子
客員教授・三井記念病院精神科部長 中嶋 義文
修士課程 2年 上田 翠
医学系研究科助教 堀田 晶子
医学系研究科講師 孫 大輔
医学系研究科教授 江頭 正人
准教授 滝沢 龍

I. はじめに

平成29年3月、厚生労働省の「働き方改革実行計画」で、これまで時間外労働の上限規制の適用から除外されていた医師に対しても、適用が決定された（医師の働き方改革に関する検討会，2017）。是正案の中ではメンタルヘルス対策の強化についても言及され、これまで欧米と比して医師の心身の健康対策に関して遅れをとっていた我が国でも、ようやく関心が高まり、効果ある対策の実施が求められている。

欧米では以前から、バーンアウト・精神疾患有病率・自殺既遂リスクの高さなど、一般人口と比較した際の医師の心身の不健康さについて指摘がされている（e.g., Shanafelt et al., 2011; Hassan et al., 2016; Dyrbye et al., 2017）。医師の場合は特に、長期的な職業性ストレス（work-related stress）が引き起こした引きこもり・社会的孤立・問題や状態の否定などの様々な身体的・精神的な問題が、投薬ミス等の医療事故が増加する要因となっていることが指摘されている（e.g., Schrijver, 2016）。医師の健康は、患者に提供する治療に直接的な影響を及ぼすとされており（Thommasen et al., 2001）、患者安全や医療の質向上のためには医師の健康増進・予防対策が必要不可欠であると考えられ、様々な対応が取られてきている。

本論考では、まず、我が国の医師の働き方改革で改善が期待される、医師の長時間労働に関して欧米で実施されている規制について紹介する。次に欧米で提供されている医師を対象とした健康対策の具体的なプログラム内容と、その効果について概観する。最後に、今後の日本での対策について考察する。なお、本論考では、欧米と

は、主に医師の健康支援の分野で先進国であるアメリカ・イギリス・カナダを指す。

II. 欧米における医師の長時間労働規制

II-1. アメリカの医師の長時間労働規制

アメリカでは卒後医学教育認定評議会（The Accreditation Council for Graduate Medical Education；以下、ACGME）が、医療安全を高める目的と医学教育を改善する目的で、医師の勤務時間規制を設けている。2003年に発表されたACGMEの勤務時間規制では、週あたりの最長勤務時間を平均80時間（4週間平均）、連続勤務時間の上限は30時間、宿直勤務は平均3晩ごと、シフト間の最低休憩時間を10時間と設け、1ヶ月に4日は休みとする等の制約が定められた（Tanne, 2003）。2009年には、全米科学アカデミー医学研究所（Institute of Medicine；以下、IOM）が、レジデントの睡眠不足と臨床パフォーマンスの悪さ・医療事故に関連があることを長年に渡る調査により実証した（Ulmer, Miller, & Johns, 2009; Blum, Shea, Czeisler, & Leape, 2011）。IOM勧告と称し、ACGMEの規制よりも詳細で厳しく、宿直勤務は3晩ごととし平均化しない、昼間と夜間の勤務後で最低休憩時間を区別する等の勤務時間規制改善の必要性を提案した（Blum et al., 2011）。しかし、2011年に改訂されたACGMEの規制では、IOMの労働時間規制案はほとんど採用されず、唯一採用されたのは、睡眠時間を確保しない場合の最長シフト時間を16時間とするという部分のみであり、シフト間の最低休憩時間に関しては元の10時間から8時間へと減らされている（Blum et al., 2011）。

II-2. イギリスの医師の長時間労働規制

イギリスの医師の勤務時間の上限は、1998年にイギリスで施行された欧州労働時間法案の指示文書 (European Working Time Directive ; 以下, EWTD) に沿って定められている (BMA, 2016a)。規制が行われた当初は、junior doctorと呼ばれる卒後1年目の医師がEWTDの規制により不足し業務が回せない恐れがあったため、それ以外の役職の医師が規制の対象となっていたが、2004年には、junior doctorも含む全ての医師が規制の対象となった。その後も複数回法改正が行われ、2009年に改定され現在適用されている規制の概要は以下の通りである。勤務時間を平均週48時間 (6ヶ月平均) とする他、週1日は休日とする権利、6時間以上の連続勤務では少なくとも20分の休憩を取る権利、1年に最低28日、または5～6週間の有給休暇を取得する権利などが認められている。また、連続勤務時間についても規制がされており、オンコールシフトの場合は32時間を上限とし、シフトとシフトの間には最低でも11時間休憩することが求められている。EWTDは医師である時点で自動的に適用になるが、junior doctorに関しては、個人の意思次第でEWTDに従わず、The junior doctors contractと呼ばれるEWTDよりも長時間労働の56時間の労働が認められる別の規制に従うことも可能である (BMA, 2016b)。

II-3. カナダの医師の長時間労働規制

カナダでは、州によって異なる医師の勤務時間規制が定められている (Ulmer et al., 2009)。British Columbia州では1週間の平均労働時間の規制は無いが、連続勤務時間の上限は24時間であり、シフト間の最低休憩時間は8時間と定められている。一方、Ontario州では、1週間の平均労働時間はICU (intensive care unit) や救急部では60時間、連続勤務時間は基本的には24時間と定められているが、麻酔科・心疾患集中治療室・産婦人科・ICUでは25時間まで連続勤務が可能である等、診療科により異なる規制が実施されている。

欧米では上記のように我が国よりも早くから医師の長時間労働の規制が制定されている一方で、長時間労働とインシデント (ヒヤリハット) の因果関係が明らかではないことを指摘するものや (Rodriguez-Jareno et al., 2014)、これらの規制が医師のwell-being向上には直結しないと報告する論文もある (Ahmed et al., 2014)。次項では、労働時間の規制以外で欧米において実施されている医師の健康支援について概観する。

III. 欧米で提供されている医師を対象とした健康対策の具体的なプログラム内容

医師が問題を抱えた際には、患者の安全を守るために、できるだけ早い段階で援助を受ける必要があることが指摘されている (Brooks, Gerada, & Chalder, 2011)。しかし、医師は自身の苦痛・負担に気づくのが遅すぎる傾向や、メンタルヘルスに関する問題を抱えていることについて認めたがらない傾向があると言われており (e.g., Hegenbarth, 2011)、適切な援助要請行動が取れず、支援に至るまでに時間がかかることが指摘されている (Wistrand, 2017)。そこで欧米では医師の援助要請の難しさに対応するような、医師のみに特化した心理的支援がストレス対策として実施されている。

III-1. アメリカの医師の健康支援の取り組み

アメリカの医師の健康支援の取り組みとしては主に、州の医師会が中心となって実施しているプログラムと、病院単位で実施しているものの2種類が挙げられる。まずは、州の医師会が実施している、Physician Health Programs について紹介する。

III-1-1. Physician Health Programs (PHPs)

PHPsは、主に物質乱用を中心としたメンタルヘルスの問題で苦しむ医師を支援することを目的としたプログラムとして発足し (Braquehais et al., 2014)、設立当初の介入ではピアサポートが主に行われていた (Sanchez et al., 2016)。ピアサポートは、フランスで18世紀後半に精神疾患入院患者を対象に心理的治療として用いられたことに起源を持ち (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012)、1930年代半ばにAlcoholics Anonymous (以下、AA) と呼ばれるアルコール依存症の治療のための支援グループで活用されるようになって以来、依存症者に対する中心的な心理的治療として導入されている (White, DuPont, & Skipper, 2007; Sanchez et al., 2016)。薬物依存から回復した医師らは、回復において最も重要な役割をしたのはAAであると評価し (Galanter et al., 1990)、勤労者用のAAを基本モデルとしたEmployee Assistance Program (以下、EAP) をベースとして発展したPHPsは、ピアサポートを主な介入方法として導入していた (White et al., 2007)。近年のアメリカのPHPsは州によって扱う問題やプログラム内容が異なるが、どの州でも少なくとも物質依存者向けのプログラムは実施されている。プログラムには下記の内容が含まれている (White et al., 2007)。

早期相談・早期介入を促すことを狙った心理教育／物質乱用の疑いのある医師へのアセスメント／検査機関へのリファー／必要に応じた長期的な治療／約5年間に渡るランダムな薬物検査等によるモニタリング／回復へ向けたコーチングやピアサポートへの参加等。

Sanchez et al. (2016) は、アメリカのPHPsでは現在、物質依存だけでなく、幅広い精神的・身体的な問題を抱える医師を対象に、アセスメントやサポート、モニターの実施が必要であるにも関わらず、元々は物質依存者向けのプログラムとして発展してきたため、他の問題を抱える医師を継続的にサポートするプログラムが非常に少ないことを指摘している。アメリカで初めて物質乱用以外の問題にも対応できるプログラムの実施を試みたのはマサチューセッツ州のPHPs、Massachusetts Physician Health Services (MPHS) である。MPHSはAAモデルでは現代の医師の抱えるメンタルヘルス問題には対応できないとして、2003年から物質乱用だけでなく幅広い問題に対応するためのサポートグループやグループカウンセリングを提供している。また、こうした幅広い問題に対応することは、職場ストレスのコントロールや、職場やプライベートの人間関係を改善するのに役立つとされている。

また、アメリカでは医師免許が更新制であるために、これらの支援への参加に対して多くの場合、強制力が働く。違法薬物依存の影響を受けている可能性のある医師は、患者に直接的な害を及ぼすため、PHPsへの援助要請は、医師が自ら行う依頼（自己リファー）だけでなく、その家族や、同僚・上司など職場スタッフからも行われる仕組みであった。PHPsは報告のあった医師に対し薬物検査を実施し、陽性となった場合には必要に応じて再検査や治療などの指導を実施する。この際、指導に従わない場合は医師免許管理委員会への報告がされ、免許剥奪という結果となる（White et al., 2007）。しかし、自己リファー以外を受け付けると、本当に必要な層をピックアップできるというメリットが存在する反面、個人的に気に入らない医師を陥れるためにPHPsを利用するものが現れるというデメリットがあるといわれている（Lenzer, 2016）。そのため、最近ではMaryland州のPHPsを皮切りに、医師免許管理委員会との提携を切ったところ、自己リファーが増え、結果として利用率が上がったことが報告されている（Platman, Allen, Bailey, Kwak, & Johnson., 2013）。

次に、アメリカの医師の健康支援は、州の医師会によるものだけでなく、病院単位でも行なわれている。フロリダ州オーランドにあるFlorida Hospitalの取り組みと、ミネソタ州のMayo Clinicの取り組みを代表例として紹介する。

III-1-2. Florida Hospital

Florida HospitalのCEOは2002年、優秀な医師が仕事に幻滅し離職することは、患者にとって痛手であり、職場の士気にも関わるとして、医師を積極的にサポートするために、病院内職員を対象としたウェルネス・プログラムを立ち上げた（Ofri, 2013 堀内訳, 2016）。プログラム設立当初、対象は医師であるものの一般の労働者を対象としたEAPモデルを用いた支援を導入していたが、利用者が少なかったため、プログラムの改善が行われた。その際、顧問として心理士のDr. Herdley Paoliniが起用され、The Florida Hospital Physician Support Service Programとして独自のプログラムを提供するようになってからは、利用者も増え、効果が得られているとの報告がある（Paolini et al., 2013）。Paolini et al. (2013) によると、提供しているサービスには、医師が患者や他職種との対人関係で悩みを抱えた際に利用する心理療法やコーチング、医師のワーク・ライフ・バランス統合のためのワークショップ、診療の意義を深めるために行われるピアサポートや、医師のリーダーシップ開発、医師への社会的サポートを維持するための家族へのカウンセリングなどが含まれている。その他にも、病院管理者が、職員である医師を大切にす理念とサービスの周知を目的とし、オリエンテーションの一環として毎年新規の入職者全員を対象に面接を実施する等、様々な取り組みが実施されている。プログラムのWebページ（The Institute for Physician Integration, 2017）では、プログラムへの参加が生涯医学教育（Continuing Medical Education ; CME）の単位として認定され、専門医資格の更新等の際の単位として換算できるプログラムもあることが紹介されている。

III-1-3. Mayo Clinic

Swensen, Kabacennell, & Shanafelt (2016) によると、ミネソタ州にあるMayo Clinicは医師を募集・雇用する際の理念を「単なる仕事のためだけではなく、医師という専門職を発展させること」としており、医師のパーンアウトによる離職を防ぐために多様な取り組みが積極的に行なわれている。その結果、アメリカ国内で最も医師が離職しない病院であると評判であり、効果も得ら

れている。取り組みの一環として、The Mayo Clinic Physician Health Centerという専門の施設で、医師の健康支援プログラムが提供されている。最も利用されているサービスは、バーンアウトに関するアセスメントのためのスクリーニングであり、保険適用が可能である。他にも、Healthy Living Programと名付けられているウェルネス・プログラムでは、ストレスマネジメントとしてマインドフルネス、スパなどのリラクゼーション、フィットネス等が提供されている。全てのプログラムにおいて、秘密保持が徹底されている。また勤務や研修のスケジュールとの予定調整が可能である等の工夫がされている他、医師のメンタルヘルスや健康支援について研究を積極的に行なっており、効果の実証を進めている。

III-2. イギリスの医師の健康支援の取り組み

イギリスで医師の健康支援の対策が行われるようになったのは、アメリカと比べると比較的最近になってからのことであるが、国や医師会による支援から民間のボランティア団体による支援まで幅広く実施されている。

III-2-1. NHSが提供する健康支援

イギリス国民医療制度のNHS (National Health Service) では2008年にロンドンで、医師と歯科医師を対象とした健康支援プログラムであるNHS Practitioner Health Programme (以下、NHS PHP) を実施し始めた。NHSで提供される治療に関しては、無料で利用できる。システムとしては、本人または同僚・家族・友人がNHS PHPに電話またはメール等で連絡を取り、支援の必要があるかどうかをまず確認する。この最初の連絡の際は偽名が使用できる等の工夫がされ、秘密保持への配慮がされている。その後アセスメントを行い、ケースフォーミュレーションと治療計画が立てられた後に、それぞれのケースに合った対応が取られる。相談内容は、心理的問題が約8割を占め、薬物に関連する問題が約2割、身体的問題のみの相談はほんのわずかであることが報告されている (NHS Practitioner Health Programme, 2014)。そのため、心理的支援を中心とした支援が提供されている。提供されている心理療法は、認知行動療法 (CBT)、家族療法、カップルセラピーなど様々である。また、CBTであれば電話でのセッションも可能である。2017年1月からは、医師の中でも支援の対象をかかりつけ医 (General Practitioner や家庭医など) に特化したNHS General Practitioner Health Service (NHS GPHS) が提供され始めた。NHS PHPとは異なり、NHS GPHSは本人からの相談

のみを受け付けている。また、NHS GPHSでは電話やメールの他に、スマートフォンのアプリを使用した相談なども受け付けているところが、NHS PHPよりも発展している点である。

III-2-2. その他のイギリスの健康支援

英国医師会 (British Medical Association ; BMA) は診断や治療は行わないが、医師による電話カウンセリングを24時間休みなく提供するDoctors for doctorsというサービスを提供している。

民間のボランティア団体が提供している支援で代表的なものとしては、Sick Doctors Trust (SDT) と呼ばれるもので、薬物依存のみを扱う。医師・歯科医師と医学科・歯学科の学生を対象としており、24時間匿名で相談が可能である。SDTは上記の英国医師会のサービスと同様、臨床的なアセスメントや治療は提供しない方針である。

Royal College of physicians of Irelandは、卒後教育の一環として、医師の健康支援についての情報提供やワークショップの開催、また医療現場での医療事故をはじめとしたトラウマに特化したサービスの提供など様々な支援を実施している。その他にもイギリスでは、MedNet、National Counselling Service for Sick Doctors in the UK (NCSSD)、Doctors' support Network (DSN) など様々な支援が乱立している。

III-3. カナダの医師の健康支援の取り組み

III-3-1. Programme d'Aide aux Médecines du Québec

カナダのフランス語圏であるケベック州では、Programme d'Aide aux Médecines du Québec (PAMQ) を実施している (Chênevert & Tremblay, 2016)。1990年から行われているサービスで、アメリカのPHPとは異なるのは、AAモデルには依存せず、近年の一般企業で導入されているメンタル面から社員を支援する従業員支援プログラムとしてのEAP (Employee Assistant Program) に起源を持つことである。PAMQでは、医師であることは特殊なことであるとして、通常のEAPではなく医師に特化したサービスを提供しており、主に本人および職場への介入がメインである。

III-3-2. Physician Health Program British Columbia

一方、バンクーバーのあるブリティッシュコロンビア州のPhysician Health Program British Columbia (以下、PHP BC) は1979年に設立され、2006年にプログラム内容の見直しを行っている (Physician Health

Program British Columbia, 2014)。提供するサービスは主に、助言、支援、カウンセリング、アドボカシー（医師の健康の重要性・医療制度の理解促進を目的とした情報発信等）、必要な治療機関への紹介、教育であり、大抵の場合は匿名のまま相談ができる。カウンセリングに関しては6時間までは無料で利用できるなどの工夫をしている。電話での相談を24時間受け付けており、資格を有した臨床家によりインタビューやクライシスカウンセリングが実施される。その後、必要に応じてカウンセリングやコーチング、外部の専門家へのリファール、復職支援などが受けられる。PHP BCは、問題を抱えた本人だけでなく、上司や同僚も相談が可能である。支援の対象には医師の家族も含まれ、家族は短期間のカウンセリングやコーチングを受けることが可能である。また、職場での問題だけでなく個人的な問題、例えば金銭的な問題についても相談が可能であるという特徴をもつ。さらに、PHP BCは積極的にTwitterなどのSNSを使用して、情報発信に努めている。

以上で紹介した欧米のプログラムの多くは、共通して他の医療従事者を含まず、医師のみ（医学生・研修医やその家族を含む）にフォーカスした支援を提供しているのが特徴である。医師のみを対象とする理由としては、医師は同職種内でも所属診療科や勤務先病院等の属性でストレスが異なる特殊な職業であることや（Gregov et al., 2011）、メンタルヘルスに関する問題を他者に相談することに医師が特有の難しさを持つことなどが挙げられている（Brooks, Gerada, & Chalder, 2011）。

IV. 効果

アメリカを中心に、医師の健康支援の効果研究が実施されている。

実際に広く実施されている支援の効果を検査した Sancez et al. (2016)、Paolini, Bertram, & Hamilton (2013) による論文を紹介する。

Sancez et al. (2016) は、Massachusetts Physician Health Services (MPHS) で実施されたサポート・グループに2001年以降に参加し、研究に協力が得られ有効な回答をした85名の医師を対象に、MPHSに参加することにより得られたこと、QOL (Quality of Life) への影響等について質的・量的に調査を実施している。その結果、参加当初から同じファシリテーターによるサポート・グループに継続的に参加していた医師は、家族・友人や、心身の健康、職場の人間関係やキャリアな

ど医師としての生活にポジティブな影響が有意にあることが示唆された。また、Paolini, Bertram, & Hamilton (2013) は、病院単位で医師への心理的支援を提供している代表例であるアメリカの Florida Hospital (病床数: 2200床、医療者数: 2000人以上) では、心理的支援の実施により実際に離職・休職者の数が減ったとしており、その効果を病院組織が再雇用などの人件費として支援導入後に支払わなくて済んだコスト (回避コスト) を算出することで示している。具体的には、医師を1人新しく雇うことになった場合にかかるコストを\$200,000-300,000 (約2,132万~3,196万円: 2018年2月現在) と仮定すると、実際に Florida Hospital で心理的支援を行ったことにより、回避できたコストは2年間で、合計\$5,000,000 (5億3,310千円相当: 2018年2月現在) に登るとしている。

また、未だ実際に支援として継続的な導入がされていなくとも、研究として医師を対象に心理学的な支援を実施し、その効果の有無を調査したシステマティック・レビューには、Clough et al. (2017) が挙げられる。Clough et al. (2017) によると、医師の職業性ストレスやバーンアウトを減らすための介入として、これまで様々な心理療法を用いた研究が実施されてきている。彼らによると、現状では、認知行動療法による介入が一貫して最も強いエビデンスを示しており、マインドfulness等による介入では効果の有無の安定はしないものの効果を示している論文もあると報告している。

V. 考察

これまで我が国において、他の勤労者と比較して対策がとられてこなかった医師が、平成29年3月の厚生労働省「働き方改革実行計画」で規制の対象となる。医師については、医師法で定められている応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であるとされ、改正法の施行期日の5年後を目処に時間外労働の規制が適用される予定である。そのため現在は、労働時間制限を中心とする議論が「医師の働き方改革に関する検討会」で重ねられている（厚生労働省, 2018）。労働時間の規制を行うだけでは医師のQOL等が上がらないことが報告されている欧米では、医師の健康支援を行うことがQOLの改善に効果があることが実証されている（Sancez et al., 2016）。瀬尾他 (2017) による我が国の初期研修医を対象とした調査でも、勤務開始後に新たに抑うつ状態となった研修医の割合が2004年と2011年で有意に減少しているのは、勤務時間の減少だけでなく、ストレス要因やストレス緩

和要因が改善されたことが、一因となっていると考察されている。我が国の働き方改革実行計画でもメンタルヘルスへの対策強化が述べられているため、本論考では、今後は日本でもメンタルヘルスの改善・導入の需要が高まることを想定し、海外ではどのような支援・対策が行われているか、効果が得られているか、以上の2点を中心に概観した。本節では、欧米の支援を我が国で応用する際の限界点を指摘しながら、今後の日本での展開と学術研究の必要性について考察する。

まず、欧米の医師もメンタルヘルスに関する援助要請を出すことが苦手であることが指摘されているが (Brooks, Gerada, & Chalder, 2011)、我が国では医師に限らず欧米と比較するとメンタルヘルス問題に対する偏見が根強い (中根, 2012)、カウンセリング等への抵抗は強いと考えられる。また、欧米では医師免許は更新制であるため、支援を受けることで生涯学習の単位になるという援助要請を促す仕組みや、支援を受けない問題を抱える医師に対して医師免許剥奪等の罰則がある。しかし、我が国の現状では同様の仕組みを導入するのは短期では難しく、2018年から開始される専門医制度の導入動向を踏まえながら、医師の援助要請を促す仕組みづくりを考える上で今後の検討が必要になる。

次に、我が国の特に大学病院などでは、欧米のように医師が病院に直接就職するのではなく、医局講座制と言われる独自の組織構成が今も残っている。また、医療制度も我が国とは異なり、欧米では高額な医療費、かかりつけ医がゲートキーパーの役割をするため軽症の患者が大学病院などの特定機能病院等を受診することは起らない等、システム面で大きく異なる。そのため、医師が感じるストレスも異なると想定されることから、導入する支援が欧米と同様では、我が国での実効性には疑問が残る。また女性が働きやすい環境調整も、我が国では未整備であり、制度面等でも個別の対応が必要である。

以上より、今後は、我が国の医師を取りまく環境や医師が感じるストレス、援助要請の障壁等に注目しつつ、医師が心身の健康を崩して患者に提供する医療の質に影響を与える前の段階で、ストレスに自覚的に対処し、セルフケアが実施できるように促す予防的な対応についても日本の独自性に適した支援を考える必要がある。

VI. 引用文献

- Ahmed, N., Devitt, K. S., Keshet, I., Spicer, J., Imrie, K., Feldman, L., . . . Rutka, J. (2014). A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: Impact on resident wellness, training, and patient outcomes. *Annals of Surgery, 259*(6), 1041-1053. doi:10.1097/SLA.0000000000000595
- Blum, A. B., Shea, S., Czeisler, C. A., Landrigan, C. P., & Leape, L. (2011). Implementing the 2009 institute of medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. *Nature and Science of Sleep, 3*, 47.
- BMA. (2016a). What is the European Working Time Directive?. BMA. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice/employment/working-hours/ewtd>. (January 5, 2018)
- BMA. (2016b). European Working Time Directive: Junior doctors opting out. BMA. Retrieved from <https://www.bma.org.uk/advice/employment/working-hours/ewtd-juniors-faq/ewtd-juniors-opting-out>. (January 5, 2018)
- Braquehais, M. D., Valero, S., Matalí, J. L., Bel, M. J., Montejo, J. E., Nasillo, V., . . . Casas, M. (2014). Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 27*, 435-443.
- Brooks, S. K., Gerada, C., & Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health, 20*(2), 146-156. doi:10.3109/09638237.2010.541300
- Chênevert, D., & Tremblay, M.-C. (2016). Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés: Le cas du PAMQ. PAMQ. Retrieved from <http://www.pamq.org/assets/pdf/Rapport-Chenevert-VF.pdf> (February 28, 2017)
- Clough, B. A., March, S., Chan, R. J., Casey, L. M., Phillips, R., & Ireland, M. J. (2017). Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review. *Systematic Reviews, 6*(1), 1186/s13643-017-0526-3
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11*(2), 123-128. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

- Dyrbye, L., Trockel, M., Frank, E., Olson, K., Linzer, M., Lemaire, J., . . . Sinsky, C. (2017). Development of a research agenda to identify evidence-based strategies to improve physician wellness and reduce burnout. *Annals of Internal Medicine*, *166*(10), 743-743. doi:10.7326/M16-2956
- Galanter, M. (1990). Cults and zealous self-help movements: A psychiatric perspective. *American Journal of Psychiatry*, *147*(5), 543-551. doi:10.1176/ajp.147.5.543
- Gregov, L., Kovacevic, A., & Sliskovic, A. (2011). Stress among croatian physicians: Comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: Pilot study. *Croatian Medical Journal*, *52*(1), 8-15. doi:10.3325/cmj.2011.52.8
- Hassan, T. M., Asmer, M. S., Mazhar, N., Munshi, T., Tran, T., & Groll, D. L. (2016). Canadian physicians' attitudes towards accessing mental health resources. *Psychiatry Journal*, *2016*, 9850473.
- Hegenbarth, C. (2011). Rescuing doctors in distress. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(3), E153-E154. doi:10.1503/cmaj.109-3760
- 厚生労働省. (2018). 医師の働き方改革に関する検討会. 厚生労働省. Retrieved from : <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=469190> (February 22, 2018)
- Lenzer, J. (2016). Physician health programs under fire. *Bmj-British Medical Journal*, *353*, i3568. doi:10.1136/bmj.i3568
- 中根秀之. (2012). メンタルヘルス・リテラシーの向上に向けて—日本とオーストラリアにおける精神障害に関する理解と知識. *日本社会精神医学会雑誌*, *21*(4), 541-546.
- NHS Practitioner Health Programme. (2014). The First Five Years of the NHS Practitioner Health Programme 2008-2013. NHS. Retrieved from <http://php.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/26/2014/05/Five-Year-Report.pdf>. (January 5, 2018)
- Ofri, D. (2013). What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine. Beacon Press. (堀内志奈 (訳) (2016) 医師の感情—「平静の心」がゆれるとき 医学書院)
- Paolini, H. O., Bertram, B., & Hamilton, T. (2013). Antidotes to Burnout: Fostering Physician Resiliency, Well-Being, and Holistic Development. Medscape Psychiatry. Retrieved from <https://www.medscape.com/viewarticle/782514>. (January 7, 2018)
- Physician Health Program British Columbia. (2014). 2014 Annual Report. Reports + Plans Physician Health Program British Columbia. Retrieved from <https://www.physicianhealth.com/sites/default/files/files/PHP%20Annual%20Report%202014%20FINAL.pdf> (January 6, 2018)
- Platman, S., Allen, T. E., Bailey, S., Kwak, C., & Johnson, S. (2013). Physician health programs: The maryland experience. *Journal of Addiction Medicine*, *7*(6), 435-438. doi:10.1097/01.ADM.0000434988.43332.dc
- Rodriguez-Jareno, M., Demou, E., Vargas-Prada, S., Sanati, K., Skerjanc, A., Reis, P. (2014). European working time directive and doctors' health: A systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open*, *4*(7), e004916-e004916. 10.1136/bmjopen-2014-004916
- Sanchez, L. T., Candilis, P. J., Arnstein, F., Eaton, J., Barnes Blood, D., Chinman, G. A., & Bresnahan, L. R. (2016). Effectiveness of a unique support group for physicians in a physician health program. *Journal of Psychiatric Practice*, *22*(1), 56.
- 瀬尾恵美子・小川良子・伊藤慎・讃岐勝・前野貴美・前野哲博. (2017). 初期研修における研修医のうつ状態とストレス要因,緩和要因に関する全国調査：必修化開始直後との比較. 医学教育 *Medical Education (Japan)* 日本医学教育学会編, *48*(2), 71-77.
- Schrijver, I. (2016). Pathology in the medical profession?: Taking the pulse of physician wellness and burnout. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, *140*, 976-982.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., . . . Oreskovich, M. R. (2011). Special report: Suicidal ideation among american surgeons. *Archives of Surgery*, *146*(1), 54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292
- Swensen, S., Kabcenell, A., & Shanafelt, T. (2016). Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: The mayo clinic experience. *Journal of Healthcare Management*, *61*(2), 105-127.
- The Institute for Physician Integration. (2017).

- Physician Well-Being Program. Institute for Physician Integration. Retrieved from <https://www.physicianintegration.org/>. (January 5, 2018)
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. opinions of physicians in rural british columbia. *Canadian Family Physician*, 47(4), 737-744.
- Tanne, J. H. (2003). United states limits resident physicians to 80 hour working week. *BMJ*, 326(7387), 468-468. doi: 10.1136/ bmj. 326.7387.468/ b
- Ulmer, C., Ed, Wolman, D. M., Ed, & Johns, Michael M. E., Ed. (2009). *Resident duty hours: Enhancing sleep, supervision, and safety* National Academies Press.
- 漆博雄・角田由佳. (1998) 「医療スタッフの労働市場」 漆博雄編 『医療経済学』 東京大学出版会.
- White, W.L., DuPont, R.L. & Skipper, G.E. (2007). Physicians health programs: What counselors can learn from these remarkable programs. *Counselor*, 8(2), 42-47.
- Wistrand, J. (2017). When doctors are patients: A narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians. *Medical Humanities*, 43(1), 19-23. doi: 10.1136/ medhum-2016-011002

(指導教員 滝沢龍准教授)